

# Paquete del Certificado De nacimiento



## ¡Felicitaciones por su bebé!

Los coordinadores de certificados de nacimiento de West Jefferson Medical Center (WJMC) están aquí para ayudarlo a presentar documentación importante ante la Oficina del Registro Civil para recibir el certificado de nacimiento y la tarjeta del Seguro Social de su bebé. **Un coordinador de certificados de nacimiento lo llamará al teléfono que está en su habitación del hospital o pasará por su habitación para brindarle más información.**

Vaya comenzando con la documentación y complete el Formulario del certificado de nacimiento y el Formulario de reconocimiento de paternidad (AOP, por sus siglas en inglés). El formulario AOP es necesario para establecer la paternidad de los padres no casados o para establecerla de forma extramatrimonial. La documentación se debe completar antes del alta; **no se lleve los formularios a casa.**

La documentación debe completarse antes del alta y entregarse a un coordinador de partidas de nacimiento oa una enfermera. **No se lleve los formularios a casa.**



### Oficina de certificados de nacimiento de West Jefferson Medical Center

Ubicación: Guest Services–Main hospital–1st Floor

Lunes a viernes  
8 am–4 pm

504.349.1738 o marque 1738 desde el teléfono de una habitación del hospital

Email: [WJ-BirthCert@LCMHealth.org](mailto:WJ-BirthCert@LCMHealth.org)

### The Family Birth Place website



### Información de contacto de la oficina del registro civil:

1450 Poydras St., Suite 400  
New Orleans, LA 70112  
504.593.5100

[ldh.la.gov/index.cfm/subhome/21](http://ldh.la.gov/index.cfm/subhome/21)



### Información de contacto de la oficina del seguro social:

400 Poydras St., Suite 500  
New Orleans, LA 70112  
1.800.772.1213  
[ssa.gov](http://ssa.gov)



### Establecimiento de Paternidad de Luisiana:

866.430.9569  
[la-paternity.com](http://la-paternity.com)



# Establecer la paternidad; ¡qué diferencia hace un padre!

**Página web del Programa de Establecimiento de Paternidad de Luisiana:**  
**866.430.9569**  
**la-paternity.com**

**Departamento de Salud de Luisiana (LDH); Registrador del Estado y Registro Civil:**  
**504.593.5100**  
**ldh.la.gov/index.cfm/page/681**

La Declaración jurada de Reconocimiento de paternidad (AOP) es un documento legal para establecer la paternidad del padre biológico del niño. Este formulario es necesario para establecer la paternidad de los padres no casados o que deseen establecerla de forma extramatrimonial. El coordinador de certificados de nacimiento del hospital puede ayudarle a presentar este formulario en la Oficina del Registro Civil del LDH sin costo alguno para usted (los costos de las pruebas genéticas son responsabilidad de los padres).

Si decide no completar el AOP en el hospital, puede presentar un Reconocimiento de paternidad directamente en la Oficina del Registro Civil y Estadísticas del Departamento de Salud de Luisiana. Se aplicará un cargo por la tramitación.

Si alguno de ustedes no está seguro de quién es el padre biológico de este niño, no debe firmar este formulario. Debe hacerse un examen genético.

Cualquier persona que firme un Reconocimiento de paternidad puede, sin motivo alguno, revocar su reconocimiento dentro de los 60 días siguientes a la ejecución (firma) del formulario. La persona debe completar una Declaración jurada de Revocación del reconocimiento de paternidad y presentarla al Registro Civil dentro del período de 60 días. Llame a la Oficina del Registro Civil al (504) 593-5122 o visite el sitio web **ldh.la.gov/index.cfm/page/681**

## **Reconocimiento de paternidad; hijo nacido fuera del matrimonio (padres no casados)**

Esta Declaración jurada de Reconocimiento de paternidad se utiliza para incluir al padre biológico en el certificado de nacimiento de un niño si la madre no estaba casada al momento del nacimiento o dentro de un período de 300 días después del nacimiento.

- Complete las secciones I, II, III y IV (si el padre es menor de 18 años) del "Formulario de reconocimiento de paternidad".
- La madre, el padre y el tutor del padre (si es menor de 18 años) deben firmar el AOP y presentar un documento de identidad válido o pasaporte.

Conozca más sobre cómo establecer la paternidad en Luisiana leyendo la información a continuación, hablando con su coordinador de certificados de nacimiento y visitando los siguientes sitios web.

## **Reconocimiento de paternidad; hijo nacido del matrimonio (el padre biológico es diferente al esposo).**

Esta Declaración jurada de Reconocimiento de paternidad se utiliza para incluir al padre biológico en el certificado de nacimiento de un niño si la madre estaba casada con alguien que no es el padre biológico al momento del nacimiento del niño o si no estaba divorciada al menos 300 días antes del nacimiento del bebé.

- Complete las secciones I, II, III y V del "Formulario de reconocimiento de paternidad".
- Este formulario requiere las firmas notariadas de la madre, el esposo/exesposo y el padre biológico.
- La madre, el padre y el esposo/exesposo deben firmar el AOP y presentar un documento de identidad válido o pasaporte.
- Para que este formulario sea aceptado, debe acompañarse de una prueba de paternidad basada en el ADN que identifique al padre con una probabilidad mínima del 99,9%, realizada por un laboratorio de pruebas de ADN. Esta debe ser una prueba de ADN legal y notariada. Póngase en contacto con los Servicios de Cumplimiento de la Manutención Infantil para conocer las ubicaciones de los laboratorios; 1.888.LAHELP.U (1.888.524.3578)

## **Si el padre es menor de 18 años.**

Si el padre es menor de 18 años al momento del nacimiento del bebé, su tutor legal también debe firmar la Declaración jurada de AOP.

- El tutor legal del padre debe tener un documento de identidad válido o pasaporte.
- El padre debe tener una copia de su certificado de nacimiento.
- Si el padre del padre figura en el certificado de nacimiento, se le considera el tutor legal.
- La madre del padre puede desempeñar el papel de tutora legal si no figura ningún padre en el certificado de nacimiento o si tiene la custodia legal exclusiva. Puede ser necesaria una orden judicial firmada por un juez que demuestre la custodia exclusiva en favor de la madre.



**FORMULARIO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO (PÁGINA 1 DE 3)**

- Complete TODOS los espacios en blanco.
- Un coordinador de certificados de nacimiento se reunirá con usted la mañana siguiente al nacimiento de su bebé. Tenga el formulario completo.
- La Oficina de Certificados de Nacimiento está cerrada los fines de semana y los días festivos. Si no podemos reunirnos con usted antes del alta, **deje el paquete completo con el personal de enfermería** y nuestra oficina se pondrá en contacto con usted después del alta.
- Tanto la madre como el padre deben tener un documento de identidad válido, licencia de conducir o pasaporte.
- Los padres que no estén casados o que deseen establecer la paternidad de forma extramatrimonial deben rellenar el "Formulario de reconocimiento de paternidad" por separado para establecer la paternidad del padre biológico.

<b>SECCIÓN I. INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO</b>			
Apellido del niño:		Primer nombre del niño:	
Segundo nombre del niño:		Sufijo del niño (Jr., Sr., II, III, etc.)	
Sexo del niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa) ____ / ____ / ____	
Lugar de nacimiento del bebé: <input type="checkbox"/> WJMC <input type="checkbox"/> En camino al hospital (en la ambulancia, etc.) <input type="checkbox"/> Fuera del hospital (en casa, etc.)			
¿Quiere un número de Seguro Social para este niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Desea inscribir a su niño en el sistema de recordatorio de vacunación?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>SECCIÓN II. INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE</b>			
Nombre legal <b>ACTUAL</b> de la madre:			
Apellido actual de la madre:		Primer nombre actual de la madre:	
Segundo nombre actual de la madre:		Sufijo actual de la madre (Jr., Sr., II, III, etc.)	
Nombre de la madre <b>ANTES</b> del primer matrimonio ( <b>NOMBRE DE SOLTERA</b> ) <input type="checkbox"/> Marque si es el mismo que el nombre legal actual			
Apellido de soltera de la madre:		Primer nombre de soltera de la madre:	
Segundo nombre de soltera de la madre:		Sufijo de soltera de la madre (Jr., Sr., II, III, etc.)	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) ____ / ____ / ____		Número del Seguro Social: <input type="checkbox"/> La madre no tiene un n.º de Seguro Social ____ - ____ - ____	
Correo electrónico de la madre:		Número de teléfono celular de la madre: ( )	Número de teléfono residencial de la madre: ( )
<b>Lugar de nacimiento de la madre:</b> ( <i>ubicación del hospital, en caso de haber nacido en un hospital</i> )			
País: _____		Estado/Departamento: _____ Ciudad: _____	
<b>Residencia actual de la madre:</b>			
Dirección: _____		N.º de apto. _____ Estado: _____	
Parroquia/condado: _____		Ciudad: _____ Código postal: _____	
<b>Dirección de correo postal de la madre:</b> <input type="checkbox"/> Igual que la residencia actual			
Dirección: _____		N.º de apto. ____ Estado: _____	
Parroquia/condado: _____		Ciudad: _____ Código postal: _____	



**FORMULARIO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO (PÁGINA 2 DE 3)**

**SECCIÓN II. INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE - CONTINUACIÓN**

**Información sobre el matrimonio/divorcio:**

¿Ha estado la madre casada alguna vez (actualmente o anteriormente)?

- Si la respuesta es sí, ingrese la fecha de matrimonio: \_\_\_\_\_
- No. (Para incluir al padre biológico en el certificado de nacimiento, complete el "Formulario de reconocimiento de paternidad")

¿La madre está divorciada?

- Si la respuesta es sí, ingrese la fecha en que el divorcio fue legalmente finalizado: \_\_\_\_\_
- No

Si estaba casada al momento de la concepción (dentro de los 300 días anteriores al nacimiento del niño), ¿el padre biológico es alguien diferente del esposo/exesposo?

- Sí. (Para incluir al padre biológico en el certificado de nacimiento, complete el "Formulario de reconocimiento de paternidad")
- No

**Nivel de educación de la madre:**

Marque la casilla que mejor describa el título o nivel de educación más alto completado antes del parto:

- 8.º grado o menos
- 9.º a 12.º grado, sin diploma
- Graduada de la secundaria o GED
- Algunos créditos de la universidad, pero sin un título
- Asociado (p. ej., AA, AS)
- Licenciatura (p. ej., BA, AB, BS)
- Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, MED, MSW, MBA)
- Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)

**¿Es la madre de origen hispano?**

Marque la casilla que mejor describa si la madre es española/hispana/latina.

Marque la casilla que dice "No" si la madre no es española/hispana/latina:

- No, no es española/hispana/latina
  - Sí, es mexicana, mexicana estadounidense, chicana
  - Sí, es puertorriqueña
  - Sí, es cubana
  - Sí, es de otro origen español/hispano/latino
- Especifique: \_\_\_\_\_

**La raza de la madre:**

Marque una o más razas para indicar qué se considera la madre:

- Blanca
- Negra/afroamericana
- India estadounidense o nativa de Alaska (nombre de la tribu inscrita o principal)
- India asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otro origen asiático (especifique): \_\_\_\_\_
- Nativa de Hawái
- Guameña o chamorra
- Samoana
- Otra isleña del Pacífico (especifique) \_\_\_\_\_
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**SECCIÓN III. INFORMACIÓN MÉDICA DE LA MADRE**

¿Recibió la madre **atención prenatal?**  
(Atención médica por parte de un médico o una partera durante el embarazo)

- Sí  No

Fecha de la **primera** visita de atención prenatal:

/ /

Fecha de la visita de atención prenatal **más reciente:**

/ /

Cantidad total de visitas prenatales:

Estatura de la madre: \_\_\_\_\_ pies  
\_\_\_\_\_ pulgadas

Peso de la madre **ANTES** del embarazo: \_\_\_\_\_ lb.

Peso de la madre **AL MOMENTO** del parto: \_\_\_\_\_ lb.

¿La madre amamantaba al recibir el alta?  Sí  No

¿Recibió la madre alimentos del programa WIC para sí misma durante el embarazo?  Sí  No

**Número de nacimientos vivos anteriores:**

Vivos ahora: \_\_\_\_\_ (SIN incluir a este niño)  
Muertos ahora: \_\_\_\_\_ (Nacidos vivos, actualmente fallecidos)  
Fecha del último nacimiento vivo (mm/aaaa) \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Cantidad de resultados de otros embarazos:** (aborto espontáneo o inducido, mortinato, pérdida de embarazo o embarazo ectópico)

Cantidad de otros resultados: \_\_\_\_\_  
Fecha del último resultado (mm/aaaa) \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Fumaba cigarrillos antes o durante el embarazo? Para cada período, ingrese la cantidad de cigarrillos que fumaba por día. Si no fumaba, ingrese "0".

- Nunca fumó durante el embarazo
- Tres meses antes del embarazo.....cantidad de cigarrillos por día \_\_\_\_\_
- Primer trimestre del embarazo.....cantidad de cigarrillos por día \_\_\_\_\_
- Segundo trimestre del embarazo.....cantidad de cigarrillos por día \_\_\_\_\_
- Tercer trimestre del embarazo.....cantidad de cigarrillos por día \_\_\_\_\_

Todas las fuentes de pago para este parto:

- Medicaid
- Número de Medicaid (13 o 16 dígitos)**  
\_\_\_\_\_
- Seguro privado
- Pago particular
- CHAMPUS/TRICARE
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_



**FORMULARIO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO (PÁGINA 3 DE 3)**

¿La madre bebió alcohol durante el embarazo?  Sí  No Si la respuesta es Sí, ¿número de bebidas por semana en promedio?

Fecha del inicio del último ciclo menstrual normal (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**SECCIÓN IV. INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE/PROGENITOR**

Nombre del padre/progenitor **ANTES** del primer matrimonio:

Apellido del padre/progenitor:	Primer nombre del padre/progenitor:
Segundo nombre del padre/progenitor:	Sufijo del padre/progenitor: (Jr., Sr., II, III, etc.)

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) ____ / ____ / ____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número del Seguro Social: ____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/> El padre/progenitor no tiene un n.º del Seguro Social
--	--	---	--

Correo electrónico del padre/progenitor:	Número de teléfono celular del padre/progenitor: (       )
--	---

**Lugar de nacimiento del padre/progenitor:** (ubicación del hospital, en caso de haber nacido en un hospital)

País: \_\_\_\_\_ Estado/Departamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

<p><b>Nivel de educación del padre/progenitor:</b> (marque la casilla que mejor describa el título o nivel de educación más alto alcanzado antes del parto)</p> <p><input type="checkbox"/> 8.º grado o menos</p> <p><input type="checkbox"/> 9.º a 12.º grado, sin diploma</p> <p><input type="checkbox"/> Graduado de la secundaria o GED</p> <p><input type="checkbox"/> Algunos créditos de la universidad, pero sin un título</p> <p><input type="checkbox"/> Asociado (p. ej., AA, AS)</p> <p><input type="checkbox"/> Licenciatura (p. ej., BA, AB, BS)</p> <p><input type="checkbox"/> Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, MED, MSW, MBA)</p> <p><input type="checkbox"/> Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)</p>	<p><b>¿Es el padre/progenitor de origen hispano?</b> (Marque la casilla que mejor describa si el padre/progenitor es español/hispano/latino. Marque la casilla que dice "No" si el padre/progenitor no es español/hispano/latino)</p> <p><input type="checkbox"/> No, no es español/hispano/latino</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, es mexicano, mexicano estadounidense, chicano</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, es puertorriqueño</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, es cubano</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, es de otro origen español/hispano/latino Especifique: _____</p>	<p><b>Raza del padre/progenitor:</b> (marque una o más razas para indicar qué se considera el padre/progenitor)</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> Negro/afroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska (nombre de la tribu inscrita o principal) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Indio asiático _____</p> <p><input type="checkbox"/> Chino</p> <p><input type="checkbox"/> Filipino</p> <p><input type="checkbox"/> Japonés</p> <p><input type="checkbox"/> Coreano</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamita</p> <p><input type="checkbox"/> Otro origen asiático (especifique): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái _____</p> <p><input type="checkbox"/> Guameño o chamorro</p> <p><input type="checkbox"/> Samoano</p> <p><input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico (especifique) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____</p>
---	--	--

**Yo, quien suscribe, certifico que la información que se indica arriba es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.**

Nombre en letra de imprenta de la persona que completa el formulario:	Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre/progenitor <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	--

Firma de la madre o del padre/progenitor: <b>X</b>	Fecha:
---	--------

**NOTA:** Los padres que no estén casados o que deseen establecer la paternidad de forma extramatrimonial también deben completar el "Formulario de reconocimiento de paternidad" por separado para establecer la paternidad del padre biológico.



**FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE PATERNIDAD (PÁGINA 1 DE 1)**

**NOTA:** Los padres casados **NO** deben completar este formulario, salvo que deseen establecer la paternidad de forma extramatrimonial. Consulte la hoja informativa "establecer la paternidad" o hable con un coordinador de certificados de nacimiento llamando al **(504) 349-1738** para obtener más detalles sobre cómo establecer la paternidad.

**SECCIÓN I. INFORMACIÓN DEL NIÑO** (como aparece en el Formulario del certificado de nacimiento)

Apellido del niño:	Primer nombre del niño:
Segundo nombre del niño:	Sufijo del niño (Jr., Sr., II, III, etc.)

**SECCIÓN II. INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE**

Nombre del empleador de la madre: <input type="checkbox"/> Actualmente desempleada	Ocupación/cargo de la madre:	Número de teléfono de la madre: ( )
<b>Dirección del empleador de la madre:</b> Dirección: _____ N.º de oficina _____ Estado: _____ Parroquia/condado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____		
¿Tiene la madre seguro de salud privado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es SÍ, indique el nombre de la compañía de seguros:	Número de póliza:

**SECCIÓN III. INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE BIOLÓGICO**

<b>Dirección residencial del padre:</b> Dirección: _____ N.º de apto. _____ Estado: _____ Parroquia/condado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____		
Nombre del empleador del padre: <input type="checkbox"/> Actualmente desempleado	Ocupación/cargo del padre:	Número de teléfono de la madre: ( )
<b>Dirección del empleador del padre:</b> Dirección: _____ N.º de oficina _____ Estado: _____ Parroquia/condado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____		
¿Tiene el padre seguro de salud privado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es SÍ, indique el nombre de la compañía de seguros:	Número de póliza:

**SECCIÓN IV. TUTOR DEL PADRE\*** (si el padre es menor de 18 años al momento del nacimiento del bebé)

Apellido del tutor del padre:	Primer nombre del tutor del padre:
Segundo nombre del tutor del padre:	Sufijo del tutor del padre: (Jr., Sr., II, III, etc.)
<b>Dirección del tutor del padre:</b> Dirección: _____ N.º de apto. _____ Estado: _____ Parroquia/condado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____	

**SECCIÓN V. ESPOSO/EXESPOSO** (si la madre estaba casada al momento de la concepción [dentro de los 300 días posteriores a la misma])

Apellido del esposo/exesposo:	Primer nombre del esposo/exesposo:
Segundo nombre del esposo/exesposo:	Sufijo del esposo/exesposo: (Jr., Sr., II, III, etc.)
<b>Dirección del esposo:</b> Dirección: _____ N.º de apto. _____ Estado: _____ Parroquia/condado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____	

